

Cobertura de Medicare Para Recetas Médicas



EDÚQUESE, INSCRÍBASE

Manual para los consumidores de salud mental

TABLA DE CONTENIDOS

Bienvenidos	página 1
Conozca los puntos básicos	página 3
Consejos para los consumidores	página 6
¿Cómo me inscribo?	página 8
1. Determine su elegibilidad	
2. Conozca el proceso	
3. Solicite <i>Ayuda Extra</i>	
4. Consejos para comparar y elegir un plan	
Cómo conseguir los medicamentos	página 16
Conozca sus derechos: excepciones y apelaciones	página 18
Glosario	página 23
Recursos	página 27
Hojas de trabajo	página 29
1. Cómo contar su ingreso y ahorros para solicitar <i>Ayuda Extra</i>	
2. Lista de medicamentos	
3. Registro de los gastos de desembolso	
4. Nombres y números de teléfono importantes	
5. Notas	



BIENVENIDOS

La Asociación Nacional de Salud Mental (NMHA, por sus siglas en inglés) se complace en presentar este manual para ayudarlo a usted, como consumidor de servicios de salud mental, a "educarse" sobre e "inscribirse" en el nuevo programa de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Por primera vez, este programa ayudará a las personas con Medicare a conseguir medicamentos. También cambiará la forma en que las personas con Medicare y Medicaid (llamadas "elegibles duales") reciben sus medicamentos. Después del 1 de enero de 2006, el programa Medicare (no Medicaid) pagará los medicamentos de las personas que sean elegibles duales.

Este manual le ayudará a comprender:

1. Quién puede recibir el nuevo beneficio de medicamentos de venta con receta;
2. Cómo inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta;
3. Cómo solicitar el programa llamado *Ayuda Extra (Extra Help)*;
4. Cómo conseguir medicamentos; y
5. Cómo solicitar excepciones y apelaciones.

Para ayudarlo en el proceso de inscripción, también hemos incluido recordatorios de las fechas y plazos importantes, una lista de preguntas que puede usar con los médicos, administradores de caso y farmacéuticos, hojas de trabajo y un glosario de términos. Lo alentamos a que saque ventajas de este manual y de los recursos que se detallan a continuación. La NMHA y sus 340 afiliados están listos para ayudarlo a aprovechar al máximo este nuevo programa.

Para obtener más ayuda, comuníquese con:

- Centro de Recursos de la Asociación Nacional de Salud Mental (NMHA)
<http://www.nmha.org> o 1-800-969-6642
- Su Asociación de Salud Mental local
<http://www.nmha.org/affiliates/directory/index.cfm>
- Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (SHIP)
<http://www.shiptalk.org>
- Coalición de Acceso a los Beneficios
<http://www.accesstobenefits.org>



CONOZCA LOS PUNTOS BÁSICOS

La cobertura de Medicare para recetas médicas es nueva

A partir del 1 de enero de 2006, el programa Medicare brindará un nuevo beneficio de medicamentos de venta con receta a todas las personas que reciben Medicare. Este nuevo programa ayudará a pagar algunos o todos los costos de medicamentos a quienes se anoten en un plan de medicamentos.

Las personas con Medicare recibirán ayuda con los costos de los medicamentos

Dos grupos pueden recibir la nueva cobertura de medicamentos de venta con receta: (1) las personas con Medicare y (2) las personas con Medicare y Medicaid (conocidos como "elegibles duales").

Éste es un programa de seguro

Esta cobertura es un programa de seguro, en el cual participan dos tipos de compañías aseguradoras: (1) planes de medicamentos de venta con receta de seguros privados (PDP, por sus siglas en inglés) y (2) planes Medicare Advantage de medicamentos de venta con receta (MA-PD, por sus siglas en inglés), que son compañías de cuidado administrado que ofrecen otros servicios de salud y medicamentos de venta con receta. Usted podrá elegir un plan e inscribirse en él para recibir cobertura. Los planes decidirán qué medicamentos cubrir y los enumerarán en un formulario. Si usted está actualmente en un plan Medicare Advantage de cuidado administrado, deberá elegir un plan vinculado con su plan de cuidado administrado.

Fechas que son importante saber

Información sobre el plan disponible para el público: 15 de octubre de 2005

Comienzo de inscripción: 15 de noviembre de 2005

Comienzo de la cobertura: 1 de enero de 2006

Vencimiento de la inscripción inicial: 15 de mayo de 2006

Costos

La mayoría de la gente que se encuentre en un plan de medicamentos de venta con receta pagará una prima mensual, co-pagos por cada medicamento, un deducible anual y co-seguro. Aquellos que tienen

Niveles de ingreso	Personas con Medicare por encima del 150% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	Personas con Medicare entre el 135% y el 150% del FPL ¹	Personas con Medicare por debajo del 135% del FPL ²	Personas con Medicare y Medicaid (elegibles duales)
Prima mensual	Alrededor de \$32 por mes	Escala de tarifas móvil	Nada	Nada
Deducible anual (la persona paga los costos totales de los medicamentos hasta llegar al deducible)	\$250	\$50	Nada	Nada
Co-pago / Co-seguro (para costos de medicamentos hasta \$2.250 anuales)	25% de los costos de los medicamentos después de llegar al deducible	15% de los costos de los medicamentos después de llegar al deducible	Co-pagos de \$2 a \$5	<u>Debajo del 100% del FPL:</u> Co-pagos de \$1 a \$3 <u>Sobre el 100% del FPL:</u> Co-pagos de \$2 a \$5
Doughnut Hole (para costos de medicamentos entre \$2.250 y \$5.100 anuales)	100% del costo de los medicamentos	No costs	Sin costo	Sin costo
Cobertura en caso de catástrofe (para costos de medicamentos superiores a \$5.100)	5% o co-pagos de \$2 a \$5 (lo que sea más alto)	Co-pagos de \$2 a \$5	Sin costo	Sin costo

Medicare y Medicaid y algunas personas con ingresos limitados tendrán costos más bajos. El siguiente cuadro detalla los costos básicos del programa.

Cómo inscribirse

Usted recibirá información sobre las opciones de su plan local en octubre de 2005. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) le enviarán por correo un manual llamado "Medicare & You" (Medicare y Usted), y usted puede conseguir información por escrito y en Internet que lo ayudará a encontrar el plan que satisfaga sus necesidades. Usted debe elegir un plan y puede inscribirse a partir del 15 de noviembre de 2005. Las personas con Medicare y Medicaid serán autoinscriptas en el plan de costo más bajo de su área pero pueden elegir otro plan antes del 1 de enero de 2006.

Programa *Ayuda Extra*

Para aquellas personas con ingresos y recursos limitados (incluyendo a quienes tienen Medicare y Medicaid y a aquellos con ingresos por debajo del 150% del Nivel Federal de Pobreza) el gobierno pagará muchos de los costos de la nueva cobertura de medicamentos a través del programa *Ayuda Extra*.

Solicite *Ayuda Extra* ahora. Las personas que encajen en los lineamientos de ingreso deberían haber recibido por correo una solicitud para *Ayuda Extra*. Las personas con Medicare y Medicaid deberían haber recibido una carta en la cual se les informa que recibirán automáticamente esta ayuda extra. Si usted no recibió una carta, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o a la oficina local de la Administración de Seguro Social para saber si usted recibirá *Ayuda Extra* automáticamente o para llenar una solicitud.

Dónde ir para conseguir más información

Para obtener más detalles sobre este nuevo programa, vea *El nuevo beneficio de medicamentos de Medicare: Lo que los consumidores deben saber*, de la NMHA. Para recibir una copia, llame al Centro de Recursos de la NMHA al 1-800-969-6642 o descargue una copia en <http://www.nmha.org/medicare>. Si tiene preguntas respecto de lo que el beneficio de medicamentos de Medicare significa para las personas sin hogar, aquellos en instalaciones de cuidado de largo plazo u otras situaciones, llame al Centro de Recursos de la NMHA. Vea la página 27 para obtener fuentes de información adicionales sobre el nuevo beneficio de medicamentos de venta con receta de Medicare.

¹ Debajo del 150% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) significa un ingreso menor a \$14.355 y activos por debajo de los \$11.500 para un individuo, e ingresos menores a \$19.245 y activos por debajo de los \$23.000 para una pareja.

² Debajo del 135% del FPL significa un ingreso menor a \$12.919 y activos por debajo de los \$7.500 para un individuo, e ingresos menores a \$17.320 y activos por debajo de los \$12.000 para una pareja.



CONSEJOS PARA LOS CONSUMIDORES

Hable con su médico o administrador de caso ahora. Empiece ahora a hablar con su médico o administrador de caso sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Debe conversar sobre los pasos que tomará para encontrar el plan que mejor satisfaga sus necesidades y preguntar ahora si necesita hacer algún cambio en sus medicamentos para prepararse para el nuevo beneficio. Use las preguntas que se presentan en la página 14 como ayuda.

Conozca sus derechos y responsabilidades. Lea las secciones sobre inscripción (páginas 8 a 15) y apelaciones (páginas 18 a 22) a fin de enterarse los detalles de lo que debe hacer para conseguir la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y sobre cómo se protegen sus derechos.

Pueden ayudarlo a inscribirse en un plan, conseguir los medicamentos y, de ser necesario, pedir a un plan que revise el rechazo de cobertura.

Pida ayuda. Hay muchas personas y grupos que pueden responder sus preguntas, ayudarlo a solicitar *Ayuda Extra* o inscribirse en un plan, y ayudarlo a conseguir sus medicamentos. En la página 27 incluimos una lista de gente y grupos que pueden ayudarlo.

Lleve buenos registros. Utilice las páginas que se encuentran al final de este libro para anotar las fechas y horas de las comunicaciones que usted tenga por teléfono o en persona. Ponga en un lugar seguro *todas* las cartas, avisos y hojas de datos que el gobierno federal, la oficial de Medicaid de su estado o los planes de medicamentos de venta con receta le envían, y considere compartir documentos importantes con su médico o administrador de caso.

Lleve el registro de los gastos de desembolso reales. El gobierno pagará todos o la mayoría de los costos de los medicamentos de venta con receta durante un año del plan para las personas con ingresos y recursos limitados que gastan más de \$3.600 en gastos de desembolso. En el Glosario de la página 23 encontrará una lista de estos costos. Su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare debe llevar registro de sus gastos de desembolso, pero usted también puede usar el formulario de la página 31 para registrar sus propios gastos.



¿CÓMO ME INSCRIBO?

Todas las personas con Medicare pueden elegir inscribirse en un plan para recibir cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Los pasos para la inscripción pueden diferir si usted tiene Medicare y Medicaid (llamado "elegible dual"). Las preguntas que encontrará en esta página ayudarán a guiarlo por los pasos correctos para inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta.

1. Determine su elegibilidad

¿Tiene usted Medicare y Medicaid? Si en la actualidad tiene beneficios de Medicare y Medicaid, a usted se lo denomina un elegible dual.

SÍ, SOY UN ELEGIBLE DUAL.

Existen dos tipos diferentes de elegibles duales. Usted tal vez encuentre esta información en su tarjeta de identificación de Medicaid. Marque el casillero a continuación que le corresponda.

Soy un elegible dual con beneficio completo.

Usted es un elegible dual con beneficio completo si en la actualidad recibe sus medicamentos de venta con receta por medio de Medicaid. Sigue abajo.

Soy un elegible dual con beneficio parcial.

Usted es un elegible dual con beneficio parcial si Medicaid paga sus primas de Medicare y tal vez algunos otros costos de Medicare, pero no sus medicamentos de venta con receta. Vaya a la página 10.

NO, NO SOY UN ELEGIBLE DUAL. Vaya a la página 11.

NO ESTOY SEGURO SI SOY UN ELEGIBLE DUAL. Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para averiguarlo. (Use el número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de Medicaid o busque el número de teléfono local en: <http://www.cms.hhs.gov/medicaid/statemap.asp> o en la hoja de recursos del estado en www.nmha.org/medicare.)

2. Conozca el proceso

Elegibles duales con beneficio completo

(Medicaid paga en la actualidad sus medicamentos de venta con receta.)

Paso 1. Recibir su aviso

Junio de 2005: Usted debería haber recibido por correo una carta de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Administración de Seguro Social (SSA). Esta carta le explicó que Medicare comenzará a pagar sus medicamentos de venta con receta el 1 de enero de 2006. La carta dice que usted está anotado en el programa *Ayuda Extra*, el cual bajará los costos de sus medicamentos. Vea la página 12 para obtener más información sobre *Ayuda Extra*.

Otoño de 2005: Usted debería recibir una carta de la agencia Medicaid de su estado en la cual se le informa que la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicaid terminará el 1 de enero de 2006 y que el programa Medicare lo inscribirá automáticamente en un plan Medicare. Usted puede elegir inscribirse en un plan diferente.

Si usted no recibe estas cartas, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información.

Paso 2. Comparar los planes

Octubre de 2005: Usted debería recibir material de CMS, incluyendo el manual *Medicare & You*, y de los planes aprobados por CMS en su área. CMS también tendrá una herramienta en línea para comparar los planes disponibles en su área en www.Medicare.gov.

Octubre - noviembre de 2005: Usted debería recibir una carta de CMS con el nombre del plan de medicamentos de venta con receta de Medicare en el cual será inscripto a menos que elija otro plan que satisfaga mejor sus necesidades. Debe leer los materiales del plan, comparar la cobertura con otros planes y decidir si mantendrá ese plan o se cambiará a otro (vea la sección "Consejos para comparar y elegir un plan" en la página 14 para obtener más información).

Paso 3. Mantener o cambiar planes

Si encuentra un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare que satisfaga mejor sus necesidades, usted puede cambiarse a ese plan antes del 1 de enero de 2006. Infórmele al plan en el que quiere inscribirse que va a cambiarse, y también comuníquese a CMS después de anotarse en el plan que elija.

1 de enero de 2006: Comienza su nueva cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y termina la cobertura de medicamentos de Medicaid. Si encuentra un plan que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiarse a un nuevo plan una vez por mes.

Elegibles duales con beneficio parcial

(Medicaid paga sus primas de Medicare u otros costos, pero no sus gastos de medicamentos de venta con receta.)

Paso 1. Recibir su aviso

Junio de 2005: Usted debería haber recibido una carta de la Administración de Seguro Social acerca del programa *Ayuda Extra*. La carta dice que usted está anotado en el programa *Ayuda Extra*, el cual reduce los costos de sus medicamentos.

Si usted no recibió esta carta, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener dicha información.

Paso 2. Comparar los planes

Octubre de 2005: Usted debería recibir el manual *Medicare & You* y materiales sobre todos los planes de medicamentos de venta con receta de Medicare disponibles en su área. CMS también tendrá una herramienta en línea para comparar los planes disponibles en su área en www.Medicare.gov. Vea la sección "Consejos para comparar y elegir un plan" en la página 14, que lo ayudará a revisar y comparar los planes, y a elegir el que mejor satisfaga todas sus necesidades de medicamentos. Hable con su médico, farmacéutico, administrador de caso u otra persona de apoyo para que lo ayude a elegir un plan y a encontrar otras fuentes de ayuda.

Paso 3. Elegir el plan que satisface mejor sus necesidades

Una vez que elija un plan, deberá completar y presentar la solicitud de dicho plan. Usted recibirá una carta de confirmación y, más adelante, una tarjeta de membresía que podrá usar en la farmacia para demostrar que está inscrito en un plan. Si encuentra un plan que satisface mejor sus necesidades, puede cambiar de planes una vez por mes.

15 de noviembre de 2005: Éste es el primer día en que puede anotarse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare.

1 de enero de 2006: Comienza el programa si usted se inscribió antes del 31 de diciembre de 2005. Si se anota después del 31 de diciembre, el plan comenzará el mes posterior a la inscripción.

15 de mayo de 2006: Ésta es la fecha de vencimiento para elegir y anotarse en un plan. Si no se inscribe en un plan antes de este día, Medicare seleccionará un plan para usted.

Personas que sólo tienen Medicare

(Usted no tiene cobertura de Medicaid.)

Paso 1. Solicitar *Extra Help*

Agosto de 2005: Si tiene un ingreso limitado, este mes usted debería recibir una carta y solicitud de la Administración de Seguro Social sobre el programa *Ayuda Extra*. El gobierno pagará la mayoría o todos los costos de medicamentos de venta con receta para las personas con ingresos y recursos limitados. En las páginas 12 a 14 se detallan los pasos para solicitar *Ayuda Extra*.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o a la oficina local de la Administración de Seguro Social para saber si usted recibirá automáticamente *Ayuda Extra* o para llenar una solicitud.

Paso 2. Comparar los planes

Octubre de 2005: Usted debería recibir el manual *Medicare & You* y materiales sobre todos los planes de medicamentos de venta con receta de Medicare disponibles en su área. CMS también tendrá una herramienta en línea para comparar los planes disponibles en su área en www.Medicare.gov. Vea la sección "Consejos para comparar y elegir un plan" en la página 14, que lo ayudará a revisar y comparar los planes y a elegir el que satisfaga mejor todas sus necesidades de medicamentos. Hable con su médico, farmacéutico, administrador de caso u otra persona de apoyo para que lo ayude a elegir un plan y a encontrar otras fuentes de ayuda.

- Ingreso limitado significa un ingreso menor o igual al 150 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL).
- 150 por ciento del FPL significa un ingreso de \$14.355 (para un individuo) o de \$19.245 (para una pareja) en 2005.
- Los activos u otros recursos (incluyendo ahorros y acciones, pero sin contar su vivienda) no deben superar los \$11.500 para individuos y los \$23.000 para parejas (incluye \$1.500 de fondos para sepelio por persona).

Paso 3. Elegir el plan que satisface mejor sus necesidades

Una vez que elija un plan, deberá completar y presentar la solicitud de dicho plan. Usted recibirá una carta de confirmación y, más tarde, una tarjeta de membresía que podrá usar en la farmacia para demostrar que está inscrito en un plan. Recuerde que si encuentra un plan que satisface mejor sus necesidades, usted sólo puede cambiar de planes durante el período de inscripción abierta una vez por año.

15 de noviembre de 2005: Éste es el primer día en que puede anotarse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare.

1 de enero de 2006: Comienza el programa si usted se inscribió antes del 31 de diciembre de 2005. Si se anota después del 31 de diciembre, el plan comenzará el mes posterior a la inscripción.

15 de mayo de 2006: Ésta es la fecha de vencimiento para elegir y anotarse en un plan de medicamentos de venta con receta. Si no se inscribe antes de este día, y no tiene ninguna otra fuente de cobertura acreditable, usted no podrá inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare sin pagar una prima que incluye una penalización.

3. Solicite *Ayuda Extra*

Los elegibles duales no necesitan solicitar *Ayuda Extra*.

Ayuda Extra es un programa que ayuda a las personas elegibles a pagar algunos o la mayoría de los costos de medicamentos de venta con receta. Si usted reúne los requisitos para obtener *Ayuda Extra*, no recibirá dinero; en su lugar, Medicare pagará una parte o, en algunos casos, todos sus costos de medicamentos.

¿Puede usted conseguir *Ayuda Extra*?

SÍ - si:

- Usted es un elegible dual con beneficio completo;
- Usted es un elegible dual con beneficio parcial;
- Usted no tiene cobertura de Medicaid, pero recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Si usted contestó "sí" a algunas de estas opciones, recibirá automáticamente *Ayuda Extra*. No necesita hacer la solicitud. Pero asegúrese de haber recibido la carta de la Administración de Seguro Social (SSA) en la cual le informan que usted recibirá *Ayuda Extra*. Si no la recibió, llame a la SSA al 1-800-772-1213 o visite <http://socialsecurity.gov> para obtener otra carta o solicitar el programa.

TAL VEZ - si:

- Usted tiene un ingreso limitado. Haga la solicitud para ver si reúne los requisitos. Aquí presentamos algunos pasos que lo ayudarán en el proceso de solicitud de *Ayuda Extra*.

Paso 1. Conseguir el formulario de solicitud

Para agosto de 2005, usted debería recibir un formulario para solicitar *Ayuda Extra* de la Administración de Seguro Social (SSA). *Es muy importante que llene esta solicitud y la devuelva a la SSA.* Si no recibe este formulario por correo y cree que tal vez reúna los requisitos para esta ayuda, llame a la SSA al 1-800-772-1213 o visite <http://socialsecurity.gov> para obtener ayuda. El proceso de solicitud de la SSA le brinda la respuesta más rápida. También puede solicitarla en la oficina de Medicaid de su estado. La agencia de Medicaid también lo evaluará para ver si reúne los requisitos para otros programas de asistencia gubernamental que podrían estar disponibles para usted.

Paso 2. Juntar sus resúmenes bancarios

Para llenar la solicitud de *Ayuda Extra*, primero deberá tener declaraciones sobre su ingreso y otras fuentes de dinero (esto no incluye su vivienda). Puede encontrar esta información en los resúmenes bancarios, resúmenes de inversión, declaraciones de las pólizas del seguro de vida, certificados de acciones, declaración de renta y cartas de adjudicación de pensión.

Usted deberá tener números sobre su ingreso salarial y no salarial:

Ingreso salarial: incluye el sueldo y las ganancias netas del empleo independiente.

Ingreso no salarial: incluye beneficios de seguro social y de veteranos de guerra, compensación laboral, beneficios del seguro de desempleo, jubilación ferroviaria, pensiones, rentas anuales, pagos de rentas recibidos, beneficios por fallecimiento, pagos de pensión alimenticia o manutención, apoyo en especies y mantenimiento.

Además, usted también necesitará información sobre ciertos tipos de activos (también denominados recursos):

Activos contables: estos son recursos que pueden convertirse en dinero en efectivo en un período de 20 días, incluyendo dinero en cuentas bancarias, acciones, bonos, títulos de ahorro, fondos comunes, cuentas jubilatorias, efectivo, valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida y valor líquido de bienes raíces (sin incluir su vivienda).

Usted puede usar la hoja de trabajo que se encuentra en la página 29 para practicar antes de llenar el formulario de *Ayuda Extra*.

Paso 3. Llenar y presentar la solicitud

Siga cuidadosamente las instrucciones del formulario y preséntelo ante la Administración de Seguro Social o la oficina de Medicaid de su estado. También puede presentar la solicitud en línea en www.socialsecurity.gov. Si necesita ayuda, diríjase a la oficina de Medicaid local o al Programa de Asistencia de Seguros de Salud Estatal (SHIP) local (vea la página 28 para encontrar la información de contacto).

Si usted presenta una solicitud incompleta, la Administración de Seguro Social lo llamará para obtener la información que falta. Si no quiere dar información personal por teléfono, averigüe qué información se necesita para completar su solicitud y llame a la SSA al 1-800-772-1213.

Paso 4. Recibir la decisión

Usted debería recibir una carta de decisión de la Administración de Seguro Social o la agencia de Medicaid de su estado en la cual le informan si recibirá *Ayuda Extra* con los costos de su plan de medicamentos. Guarde una copia para sus registros. Si el gobierno decide que usted no reúne los requisitos para el programa *Ayuda Extra*, pero usted piensa que sí, puede apelar y pedirle al gobierno que revea la decisión. Siga las instrucciones indicadas en la carta que le envían para presentar una apelación.

4. Consejos para comparar y elegir un plan

Después de recibir información de CMS sobre los planes disponibles en su área en octubre de 2005, lea los materiales y compare los beneficios y costos de cada plan. También puede usar la herramienta que CMS desarrolló para comparar planes en www.medicare.gov. Asegúrese de conversar sobre todas las opciones con su médico, administrador de caso y/o miembros de su familia para que lo ayuden a encontrar el plan que satisfaga mejor sus necesidades de medicamentos.

Paso 1. Comparar los planes

Fíjese bien en los medicamentos que cubre cada plan y cuánto le costará cada medicamento. Use la hoja de trabajo de medicamentos que se encuentra en la página 30 para registrar todos sus medicamentos actuales a fin de tenerla lista cuando compare los planes. Para ayudarlo a decidirse por un plan, Medicare también ofrecerá en octubre de 2005 una **Herramienta Web de Comparación de Planes y un Buscador de Planes Personal de Medicare** en <http://www.medicare.gov>.

Aquí presentamos algunas preguntas importantes que debe hacer al revisar los planes en su área:

1. ¿Cuáles de mis medicamentos están cubiertos en el formulario del plan (lista de medicamentos cubiertos)?
 - a. ¿Está cubierta la dosis que yo necesito?
2. ¿Cuáles de mis medicamentos no están cubiertos?
3. ¿Necesita mi médico una autorización previa para recetar alguno de mis medicamentos?
 - a. Si la respuesta es sí, ¿cuáles?
4. ¿Me obliga el plan a probar un medicamento diferente antes de poder recibir el que tengo recetado en la actualidad (llamado "terapia escalonada")?
 - a. Si la respuesta es sí, ¿para qué medicamentos?
5. ¿Qué información necesita proveer mi médico para obtener la aprobación de cobertura para mi medicamento (también conocido como una excepción)?
6. ¿Me provee el plan mi medicamento durante este proceso de excepción?
7. ¿Cuánto es la prima para el/los plan(es) ofrecido(s) en mi área?
8. ¿Cuánto es el co-pago para cada receta?
9. Además de los co-pagos, ¿tengo obligación de pagar parte del costo de los medicamentos?
10. ¿Está mi farmacia en la red del plan?

Nota para las personas que son elegibles duales: El programa *Ayuda Extra* cubrirá la prima para el plan de menor costo en su región. Si usted elige un plan de costo más alto, tendrá que pagar la diferencia entre la prima cubierta por *Ayuda Extra* y la prima actual del plan que usted elija.

Paso 2. Anotarse en un plan

Una vez que haya encontrado el plan que satisfaga mejor sus necesidades, llene una solicitud para dicho plan (puede ser un formulario en papel o en Internet). Asegúrese de seguir las instrucciones de la solicitud. Después de que su solicitud haya sido recibida y procesada, usted recibirá una carta y una tarjeta de membresía del plan.

Paso 3. Cambiar de plan

Sólo elegibles duales con beneficio completo: Para aquellas personas con Medicare y Medicaid que sean automáticamente inscritas en un plan, usted puede cambiarse a otro plan que satisfaga mejor sus necesidades antes del 1 de enero de 2006. Si decide cambiar de plan:

- Comuníquese con CMS e informe su deseo de cambiarse a otro plan. La información de contacto aparece en la carta que recibió con el nombre de su plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- Llame al plan en el cual estaba inscripto e informe su decisión de cambiar.
- Comuníquese con el nuevo plan que eligió y obtenga los materiales de inscripción.
- Guarde copias de todas las cartas, avisos y folletos del plan, y también déle a su médico la información sobre su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare.
- Usted puede cambiarse a un plan que satisfaga mejor sus necesidades una vez por mes después del comienzo de la cobertura de medicamentos de venta con receta el 1 de enero de 2006.

Elegibles duales con beneficios parciales: Usted puede cambiarse a un plan que satisfaga mejor sus necesidades una vez por mes después del comienzo de la cobertura de medicamentos de venta con receta el 1 de enero de 2006. Para cambiar de plan, siga los pasos enumerados anteriormente.

Personas que sólo tienen Medicare: Usted puede cambiarse a un plan que satisfaga mejor sus necesidades sólo durante el período de inscripción anual (15 de noviembre - 1 de enero). Habrá períodos de inscripción especiales para algunas situaciones, incluyendo cambios de dirección, para individuos en instituciones, y por cambios en la elegibilidad para Medicare. Vea el Glosario en las páginas 23 a 26 para obtener más información sobre los períodos de inscripción especiales.



CÓMO CONSEGUIR LOS MEDICAMENTOS

Una vez que usted se anote en un plan de medicamentos de venta con receta, siga estos pasos para surtir su nueva receta o volver a surtir una receta:

Paso 1. Buscar su farmacia

Busque la **farmacia (o farmacias) de su red** enumeradas en los materiales del plan o llame a la línea de servicio al cliente del plan. Nota: anote este número en la página 33 para usarlo en el futuro. Asegúrese de que la farmacia que utiliza ahora sea parte de la red del plan de medicamentos de venta con receta en el que usted se inscribió.

Paso 2. Surtir su receta

Pídale a su médico que comunique su receta por teléfono y verifique si su plan cubre el medicamento, o traiga una receta en papel a la **farmacia de la red**. Recuerde traer la tarjeta del plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. Si no tiene la tarjeta, puede darle al farmacéutico su número de participante de Medicaid o su número de seguro social para verificar en qué plan está inscripto.

- Si el farmacéutico le dice que el medicamento **NO** está cubierto, llame a su plan para preguntar si el medicamento no está cubierto.
- Llame a su médico o administrador de caso para informarles.
- Converse sobre lo que debería hacer: buscar una excepción o cambiar el medicamento. Vea los pasos para excepciones y apelaciones, en la sección "Conozca sus derechos" de este manual.

Paso 3. Pagar las sumas de participación en los gastos requeridas

Usted tal vez deba pagar una pequeña suma (llamada **co-pago**) al retirar el medicamento con receta de la farmacia. Si no puede pagar el co-pago, pregúntele al farmacéutico si puede eximirlo de pagar dicha suma. El gobierno ha dicho que las farmacias pueden decidir entre requerir el pago del cliente o surtir el medicamento de venta con receta sin el co-pago.

Otros requisitos de participación en los gastos podrían incluir **co-seguro**, que es un porcentaje del costo del medicamento de venta con receta. Las personas con Medicare y Medicaid no estarán obligados a pagar co-seguro.

Si usted no puede pagar los requisitos de participación en los gastos de su plan, puede ser que haya un programa estatal para ayudarlo a cubrir los costos - comuníquese con el Programa de Asistencia de Seguros de Salud Estatal (SHIP) o la Asociación para la Asistencia con Recetas Médicas para saber si existe un programa así. Vea la página 28 para obtener la información de contacto.

Paso 4. Llevar registro de sus gastos de desembolso reales

Es importante llevar un registro de los **gastos de desembolso** porque, dependiendo de su nivel de ingreso, el gobierno pagará la mayoría de (o, en algunos casos, todos) los costos de los medicamentos de venta con receta para el resto del año del plan, una vez que usted pague \$3.600 en gastos de desembolso. Estos gastos no incluyen pagos de primas, pero sí incluyen *todos* los costos de medicamentos con receta que pague usted u otra organización, incluyendo al gobierno federal (por ejemplo, *Ayuda Extra*), Programas Estatales de Asistencia de Farmacias (SPAP, por sus siglas en inglés), fundaciones privadas o programas de fabricantes farmacéuticos.



CONOZCA SUS DERECHOS: EXCEPCIONES Y APELACIONES

Si la nueva farmacia le dice que el plan no cubre su medicamento, o que el plan requiere un co-pago más alto para su medicamento que para otros medicamentos similares, usted tiene derecho a que se revise esa decisión y que posiblemente se cambie.

Estos pasos lo ayudarán a solicitar esta revisión y a obtener los medicamentos que necesita. Use la hoja de trabajo que se encuentra en la página 34 para llevar un registro de todos los contactos que haga (nombre de la persona, número de teléfono, y fecha y hora de la llamada).

¿Qué es una determinación de cobertura?

Una determinación de cobertura es una carta por escrito que le envía su plan en la cual le informa que no cubrirá un medicamento.

¿Qué es una excepción?

Una excepción es una decisión formal tomada por su plan de cubrir su medicamento o reducir su co-pago. Si se otorga una excepción, ésta durará un año a partir de la fecha de la decisión y luego tendrá que ser solicitada nuevamente.

¿Qué es una apelación?

Si el plan no otorga la excepción, usted puede llevar su caso a otra persona capaz de tomar decisiones. Esto se conoce como apelación.

Paso 1. Verificar su plan

Llame a la línea directa de su plan para averiguar si el medicamento está o no está cubierto. Puede encontrar el número de teléfono del plan en los materiales de inscripción o en la tarjeta de medicamentos de venta con receta de Medicare. *Si su medicamento no está cubierto, pida que le provean el/los medicamento(s) una vez para que lo ayude mientras usted solicita una excepción. Los planes aprobados por CMS ofrecerán un suministro de por lo menos 30 días, denominado "suministro de transición" o "suministro de emergencia".* Luego, su plan debe enviarle una **determinación de cobertura** por escrito.

Paso 2. Informar al médico o administrador de caso

Llame a la oficina de su médico o administrador de caso para informarles sobre el rechazo. Ellos deben estar preparados para ayudarlo.

Paso 3. Pensar en sus opciones

Usted debe hablar con su médico para que cambie el medicamento por uno que el plan cubra o que solicite al plan la cobertura del medicamento (llamado **excepción**). Si usted tiene tanto Medicare como Medicaid, también sería una buena idea ver los otros planes que se ofrecen en su área para saber si hay otro que satisfaga mejor sus necesidades.

Paso 4. Solicitar una excepción

Pídale a su médico o a un familiar que le ayude a solicitar una excepción. Su médico deberá demostrar por qué usted necesita este medicamento (conocido como "necesidad médica") para que su plan le otorgue el pedido. En los documentos de su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare encontrará los formularios y números de teléfono que podría necesitar para este proceso. Guarde copias de estos formularios con fechas y horas, y entregue una copia a su médico o administrador de caso para que archive en su expediente.

Una vez que reciba su solicitud y la justificación de apoyo de su médico, el plan debe tomar una decisión acerca de su pedido en un plazo de 72 horas (o 24 horas en caso de emergencia). Si le conceden una

excepción, vaya a la farmacia para que le surtan la receta. La excepción durará un año a partir de la fecha en que es aprobada.

Si rechazan su solicitud de excepción, usted puede **apelar**.

El proceso de apelación tiene cinco niveles. En la próxima página de este manual se encuentran los detalles de cada nivel. Aquí incluimos algunos consejos básicos para ayudarlo en este proceso.

- *Asegúrese de poder recibir su medicamento mientras apela.* Solicite a su plan un suministro de transición o busque fuentes financiadas por el estado o de otro tipo en la Asociación para la Asistencia con Recetas Médicas (www.pparx.org o 1-888-477-2669).
- *Pídale ayuda a su médico o administrador de caso.* Su médico deberá dar las razones por escrito de por qué usted necesita el medicamento.
- *Siga los pasos que requiere su plan.* Fíjese en los materiales de su plan, donde encontrará formularios, números de teléfono y otra información importante sobre cómo presentar su solicitud.
- *Lleve registro de sus documentos.* Use el registro de la página 34 de este manual para anotar la fecha y hora de las llamadas y el nombre de la persona con quien habló. Guarde copias de todas las cartas, formularios y documentos de apoyo que usted le entregue a su plan.
- *Informe cualquier tipo de problema.* Si tiene dificultad con el proceso o si piensa que el plan no está revisando apropiadamente su solicitud, usted puede llamar a varias organizaciones para informar sus inquietudes y obtener ayuda adicional:
 - Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227);
 - Asociación Nacional de Salud Mental (NMHA): 1-800-969-6642;
 - Oficinas de defensoría del pueblo estatales o locales; y/o
 - Organizaciones de protección y defensa

Vea las páginas 27 y 28 para obtener la información de contacto de estas organizaciones. Para recibir información sobre otras organizaciones de su estado, solicite una hoja de *Recursos Estatales* a la NMHA o visite www.nmha.org/medicare.

Apelación N° 1: Solicitar una redeterminación

Solicítele a su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare que vuelva a revisar su pedido para obtener su medicamento (llamado **redeterminación**). Los materiales de su plan le dirán si puede hacer esto por escrito o por teléfono, y qué tipo de información necesitarán de su parte o de su médico para tomar una decisión. Guarde copias de todos los documentos o, si solicitó la redeterminación por teléfono, anote la fecha y hora en que realizó el pedido y el nombre de la persona con quien habló.

Su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare debe notificarle la decisión en un plazo de siete días calendario (o 72 horas en caso de emergencia) a partir del momento en que recibe toda su información. Si usted consigue una redeterminación a su favor, surta su receta. Durará un año a partir de la fecha en que el plan tomó la decisión.

Si le niegan la redeterminación o si el plan no responde antes del vencimiento del plazo, presente la apelación N° 2, también conocida como **reconsideración**.

Apelación N° 2: Solicitar una reconsideración

En este nivel, usted le pedirá a una **Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés)** que revise la decisión previa de su plan. Una IRE es una organización regional que tiene contrato con planes de medicamentos de venta con receta para revisar sus decisiones y asegurar que los planes hayan seguido los procesos y hayan revisado los detalles de su pedido correctamente. Su solicitud a la IRE puede hacerse por escrito o por teléfono.

- La IRE debe recibir las opiniones de su médico por escrito, por teléfono o en una teleconferencia.
- Si su plan no cumple con los plazos para tomar una decisión sobre su pedido de excepción o redeterminación, el mismo debe enviar automáticamente su pedido a la IRE en un plazo de 24 horas.
- La IRE debe informarle la decisión en un plazo de siete días calendario (o 72 horas en caso de emergencia).

Si la IRE decide en su favor, vaya a la farmacia y surta su receta. La decisión de cubrir su medicamento durará un año a partir de la fecha en que se tomó la decisión.

Si le niegan la reconsideración, usted puede presentar la apelación N° 3: una solicitud de audiencia de derecho administrativo.

Nota importante: Si los pedidos para que el plan cubra un medicamento fueron negados en las primeras dos revisiones, usted debe hablar con su médico antes de hacer otra solicitud (antes de avanzar a los niveles de apelación N° 3 a 5). El tiempo para obtener una decisión sobre las solicitudes de apelación siguientes es mayor y los planes no están obligados a suministrarle medicamentos durante estos niveles de apelación posteriores. Hable con su médico para ver si hay otros medicamentos que podrían funcionar en su caso, o busque otras maneras de conseguir su medicamento, como por ejemplo organizaciones caritativas, programas de fabricantes de medicamentos o programas financiados por el estado. La Asociación para la Asistencia con Recetas Médicas puede ayudarlo a encontrar programas que lo asistan (www.pparx.org o 1-888-477-2669).

Apelación N° 3: Solicitar una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés)

Si la IRE le niega su solicitud de reconsideración, usted puede pedir la revisión por parte de un Juez de Derecho Administrativo (ALJ), un empleado del gobierno federal que revisará su caso para asegurar que el plan haya seguido los procesos correctos y haya revisado su caso en cumplimiento con los requisitos legales federales. Para recibir una audiencia, los costos de su medicamento deben ser de por lo menos \$100 (incluyendo todas las veces que se volverá a surtir la receta). Esta suma aumentará anualmente.

Un ALJ tiene 90 días calendario para otorgar una solicitud de audiencia y 90 días calendario para tomar una decisión.

Si el ALJ decide en su favor, surta su receta en la farmacia de la red. La decisión de cubrir su medicamento durará un año a partir de la fecha en que se tomó la decisión.

Si le niegan la solicitud, entonces vaya a la apelación N° 4: el **Consejo de Apelaciones de Medicare**.

Ayuda legal

Usted puede obtener ayuda legal en el proceso de audiencia durante los niveles de apelación 3 a 5. Para encontrar ayuda legal en su área, use los recursos enumerados a continuación. Busque organizaciones de ayuda legal, organizaciones de la ley de discapacidades de salud o firmas legales que se centren en Medicare:

- El sitio Web del Colegio de Abogados de Estados Unidos para obtener servicios legales gratuitos: <http://www.abanet.org/legalservices/findlegalhelp/freehelp.shtml>
- Si tiene más de 60 años, usted puede encontrar ayuda legal aquí: http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Rights/Legal_Assistance/Legal_Hotline.asp
- Comuníquese con el Centro de Recursos de la NMHA para recibir información sobre asistencia legal comunitaria al teléfono 1-800-969-6642.

Apelación N° 4: Solicitar una Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare

Si el ALJ no aprueba su pedido, usted puede presentar una apelación ante el Consejo de Apelaciones de Medicare, parte de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Puede tener asistencia legal en esta revisión.

El Consejo de Apelaciones de Medicare tiene 90 días calendarios para tomar la decisión respecto de un caso. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare decide en su favor, surta su receta, la cual durará un año.

De lo contrario, vaya al último nivel de apelación: tribunal federal.

Apelación N° 5: Solicitar una Revisión del Tribunal Federal

Si el Consejo de Apelaciones de Medicare le niega su pedido, usted puede apelar ante el tribunal federal. Este paso también se denomina "revisión judicial". Puede tener la ayuda de un abogado. Para apelar en esta instancia, sus costos totales deben ser de por lo menos \$1.050 en 2006 (esta suma aumentará anualmente).

Si le niegan todas las apelaciones, usted debe:

- Comunicarse con su médico o administrador de caso para hablar sobre otras opciones de medicamentos.
- Comunicarse con la Asociación para la Asistencia con Recetas Médicas o los Programas de Asistencia en Seguro de Salud Estatal (SHIP) locales. Tal vez haya un programa que lo ayude a pagar sus medicamentos. Vea la página 28 para conseguir la información de contacto.



GLOSARIO

Administración de Seguro Social (SSA): La agencia del gobierno federal que administra e inscribe a los beneficiarios de Medicare en el programa *Ayuda Extra*.

Apelación: Si una persona no está conforme con la decisión de un plan sobre la cobertura de un medicamento (denominada determinación de cobertura), pueden pedir que la decisión vuelva a revisarse. Los niveles de apelación son: (1) Redeterminación, (2) Reconsideración, (3) Audiencia con un ALJ, (4) Consejo de Apelaciones de Medicare y (5) Tribunal Federal (también conocida como "revisión judicial").
Vea las páginas 18 a 22 para obtener más información.

Ayuda Extra: Un beneficio del gobierno para ayudar a pagar parte o todas las primas de los medicamentos de venta con receta de Medicare para todos los beneficiarios de Medicare que se encuentren por debajo del 135 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL) (incluyendo a los elegibles duales) y parte de las primas para aquellos que estén entre el 135 y el 150 por ciento del FPL. El beneficio también eximirá a los beneficiarios que se encuentren por debajo del 150 por ciento del FPL de la brecha en la cobertura denominada "hueco de la rosquilla" (*doughnut hole*). Los elegibles duales recibirán este beneficio sin necesidad de presentar la solicitud. Todos los demás tendrán que solicitar *Ayuda Extra*. Vea las páginas 12 a 14 para obtener los detalles.

Beneficiario: Una persona que tiene cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (vea también "elegible dual").

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): CMS es la agencia del gobierno federal que administra Medicare, Medicaid y el programa de Beneficio de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare.

Cobertura acreditable: Cobertura de medicamentos que es por lo menos tan buena como el nuevo beneficio de medicamentos de Medicare. Si tiene cobertura acreditable (también conocida como "cobertura comparable"), usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare sin penalización después del 15 de mayo de 2006. La cobertura acreditable incluye cobertura por parte de empleadores previos o actuales, beneficios de veteranos de guerra, beneficios militares o federales, o seguro individual privado.

Cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare: El nuevo beneficio de medicamentos de venta con receta agregado al programa federal Medicare, a veces llamado Parte D. La cobertura de medicamentos de venta con receta comenzará el 1 de enero de 2006. Si usted en la actualidad tiene Medicare y Medicaid, esta nueva cobertura reemplazará su cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicaid.

Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC): La cuarta etapa del proceso de apelaciones del beneficio de medicamentos de venta con receta de Medicare la lleva a cabo el Consejo de Apelaciones de Medicare (parte de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid), después de que un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) haya rechazado el pedido de cubrir un medicamento.

Co-pago: Una suma en efectivo que la persona debe desembolsar para un medicamento u otro servicio de salud. Por ejemplo, un plan puede pedir un co-pago de \$3 para cada receta.

Co-seguro: Porcentaje del costo de un medicamento de venta con receta. Por ejemplo, un co-seguro del 10% para una receta médica de \$50 costaría \$5.

Deducible: Una cantidad de dinero plana que debe pagar una persona antes de que Medicare pague los costos de los medicamentos de venta con receta.

Determinación de cobertura: Un aviso por escrito de su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare en el cual le informan que cubrirán o no cubrirán su medicamento.

Elegible dual: Una persona que es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Entidad de Revisión Independiente (IRE): En la segunda etapa del proceso de apelaciones, una IRE revisará la decisión de un plan de no cubrir un medicamento. Una IRE es un cuerpo de revisión que tiene contrato con el plan de medicamentos de venta con receta a fin de realizar dichas revisiones. Vea la página 21 para obtener más información.

Excepción: Una decisión formal que hace su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare de cubrir su medicamento o reducir su co-pago. Si el plan no aprueba la excepción, la persona puede solicitar una revisión de la decisión del plan (una apelación).

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene contrato con un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. Los miembros del plan deben surtir sus recetas en una farmacia de la red.

Formulario: Una lista de medicamentos que los beneficiarios pueden recibir a través de su plan de medicamentos de venta con receta (podría requerirse autorización previa del plan de medicamentos de venta con receta de Medicare). Los medicamentos que no se encuentren en el formulario no están cubiertos por el plan. Los planes pueden cubrir un medicamento, pero tal vez no cubran todas las dosis y la entrega (por ejemplo, formularios de liberación extendida).

Gastos de Desembolso Reales (TrOOP): El gobierno pagará la mayoría de (o en algunos casos, todos) los gastos de medicamentos durante el resto del año, una vez que usted pague \$3.600 en gastos de desembolso (esta cantidad puede aumentar anualmente). Estos costos no incluyen los pagos de primas. Los gastos de desembolso incluyen todos los costos de medicamentos de venta con receta que pague usted, otra persona u organización, incluyendo el gobierno (por ejemplo, *Ayuda Extra*), Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP), organizaciones caritativas registradas y programas de asistencia a pacientes de fabricantes farmacéuticos. Los gastos de desembolso incluyen pagos de los deducibles, co-seguro, co-pagos y costos de los medicamentos que no están cubiertos por otro seguro. Estos costos no incluyen los gastos que pague el individuo con cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare por medicamentos que no se encuentren en la lista de medicamentos cubiertos del plan o por medicamentos excluidos del beneficio de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Ingreso limitado: Según Medicare, ingreso limitado significa alguien que se encuentra por debajo del 150 por ciento del FPL. En 2005, esto equivale a un ingreso anual de \$14.355 para un individuo y de \$19.245 para una pareja, con otros recursos de \$11.500 para un individuo y de \$23.000 para una pareja.

Juez de Derecho Administrativo (ALJ): Un ALJ es un empleado del gobierno que toma la decisión en una audiencia durante el tercer paso del proceso de apelaciones.

Medicamentos de venta con receta no cubiertos por Medicare: Por ley, Medicare no puede cubrir ciertos medicamentos, incluyendo benzodiazepinas, barbituratos y vitaminas recetadas. Su estado puede tener un programa que cubra estos medicamentos. Vea la página 27 para encontrar recursos.

Participación en los gastos: El pago de desembolso que hace una persona por el costo de su cuidado. Esto incluye deducibles, primas, co-seguro y co-pagos.

Período de Inscripción Especial (SEP): Una disposición especial del programa de beneficios de medicamentos de Medicare que permite a los individuos cambiar de planes de medicamentos de venta con receta por ciertas razones, tales como mudarse fuera del área de servicio del plan de medicamentos de venta con receta y cambios en la elegibilidad para Medicare. Los elegibles duales también tiene un SEP que les permite cambiar de plan hasta una vez por mes.

Plan de Medicamentos de Venta con Receta (PDP o plan de medicamentos de venta con receta de Medicare): Un plan de seguro privado que ofrece cobertura para los medicamentos de venta con receta bajo Medicare.

Plan Medicare Advantage de Medicamentos de Venta con Receta (MA-PD): Un plan de cuidado administrado que brinda a los beneficiarios medicamentos de venta con receta y otros servicios de salud. Algunas personas que estén en Medicare podrán obtener medicamentos a través de estos planes a partir del 1 de enero de 2006.

Prima: Pagos mensuales regulares que los beneficiarios hacen al plan de salud para recibir cobertura del cuidado de la salud. La prima promedio nacional para un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare es alrededor de \$32 en 2006.

Reconsideración: La segunda etapa del proceso de apelaciones una vez que se haya negado la redeterminación. Esta etapa del proceso de apelaciones la lleva a cabo una Entidad de Revisión Independiente (IRE).

Redeterminación: La primera etapa del proceso de apelaciones una vez que se haya hecho una determinación de cobertura y que el plan de medicamentos de venta con receta de Medicare haya decidido no cubrir el medicamento de un beneficiario.



RECURSOS

Para obtener más información, comuníquese con:

Centro de Recursos de la Asociación Nacional de Salud Mental

1-800-969-6642 o <http://www.nmha.org>

Visite www.nmha.org/medicare para ver hojas de Recursos Estatales que identifican las organizaciones en su estado.

Asociaciones de Salud Mental locales

<http://www.nmha.org/affiliates/directory/index.cfm>

Programa Medicare

I-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o

<http://www.medicare.gov>

Agencias de Medicaid Estatales

<http://www.cms.gov/medicaid/statemap.asp>

Oficinas locales de la Administración de Seguro Social

<http://s3abaca.ssa.gov/pro/foi/foi-home.html>

Programas de Asistencia de Seguro de Salud Estatales (SHIP)

<http://www.shiptalk.org>

Asociación para la Asistencia con Recetas Médicas

<http://pparx.org> o 1-888-477-2669

Coalición de Acceso a Beneficios

<http://www.accesstobenefits.org>

Oficinas estatales de la Defensoría del Pueblo

http://www.ltombudsman.org/static_pages/ombudsmen.cfm

Centro de Derechos de Medicare

<http://www.medicarerights.org>

Organizaciones de Protección y Defensa

<http://www.napas.org>

HOJA DE TRABAJO 1: Cómo contar su ingreso y ahorros para *Ayuda Extra*

A fin de determinar si puede recibir asistencia a través del programa *Ayuda Extra*, use esta hoja de trabajo para recolectar información sobre su ingreso. Primero, junte todos los recibos de sueldo, resúmenes bancarios, declaraciones de inversión, declaraciones de las pólizas del seguro de vida, certificados de acciones, declaraciones de renta y cartas de adjudicación de pensión que tenga. Llenar esta hoja de trabajo lo ayudará a llenar la solicitud de *Ayuda Extra*.

Ingreso salarial

Sueldo _____
 Ganancias netas del empleo independiente _____

Ingreso no salarial

Beneficios del Seguro Social y Veteranos _____
 Compensación Labora y Desempleo _____
 Beneficios de Seguro _____
 Pensiones de Jubilación Ferroviaria _____
 Rentas anuales _____
 Pagos de rentas recibidos _____
 Beneficios por fallecimiento _____
 Pagos de pensión alimenticia o manutención _____
 Apoyo en especies y mantenimiento _____

Activos contables

(Recursos que pueden convertirse fácilmente en dinero en efectivo en 20 días)

Dinero en cuentas bancarias _____
 Acciones _____
 Bonos _____
 Títulos de ahorro _____
 Fondos comunes _____
 Cuentas jubilatorias _____
 Efectivo _____
 Valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida _____
 Valor líquido de bienes raíces _____
 (sin incluir su vivienda)

HOJA DE TRABAJO 4: Información importante

Esta página lo ayudará a guardar los nombres y números de teléfono importantes en un mismo lugar para que pueda encontrarlos rápidamente cuando los necesite. Reúna los nombres y números de teléfono de las personas y organizaciones que están involucradas en su cuidado de salud en la actualidad. También anote la nueva información acerca de su plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y de la farmacia de la red.

I. Proveedores del cuidado de la salud. Enumere los nombres y números de teléfono de todos los médicos, administradores de caso, farmacéuticos y otras personas involucradas en su cuidado.

Nombre	Número(s) de teléfono	Condición que se trata

2. Cobertura actual de salud y de medicamentos de venta con receta. Enumere el seguro o plan de cuidado administrado, agencia de Medicaid, y/o la farmacia que provee sus medicamentos de venta con receta en la actualidad.

Organización	Persona de contacto	Número(s) de teléfono

3. Cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Enumere el plan y los nombres de las farmacias de la red, y la información de contacto importante.

Nombre del plan:

Número de teléfono de servicio al cliente:

Número de teléfono para autorización previa:

Número de teléfono para excepción/apelación:

Nombre de la farmacia de la red	Nombre del farmacéutico	Número de teléfono

4. Organizaciones locales que lo pueden ayudar. Por ejemplo, esto puede incluir las oficinas estatales de la defensoría del pueblo, organizaciones de los derechos del consumidor, organizaciones comunitarias y grupos legales.

Nombre de la organización	Persona de contacto	Número de teléfono



**Asociación
Nacional
de Salud
Mental**

2001 N. Beauregard Street
12th Floor
Alexandria, VA 22311
(800) 969-NMHA (6642)
www.nmha.org

© 2005 National Mental Health Association